N.61

LYMPHANGITE

ET

ANTISEPSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 31 JUILLET 1886

Par François LOGNOS

Né à Roquebrun (Hérault)

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE CETTE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

20, Rue Durand et Rue Levat, 2

—

1886

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	DUPRÉ (✵ C. ✠).
Anatomie	BENOIT (O. ✵ ✠).
Clinique médicale	COMBAL (✵ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✵).
Physique médicale	MOITESSIER (✵).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✵).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✵ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe Chargé de cours,	CHALOT.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✵ ✠).
Professeur honoraire : MARTINS (O. ✵),

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✵).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MESSIEURS	MESSIEURS
GARIMOND.	BIMAR.
JACQUEMET.	MOSSE (✵).
GAYRAUD.	REGIMBEAU (✵).
DE GIRARD.	BLAISE
SERRE.	BAUMEL.
CARRIEU.	VILLE
MAIRET.	GRANEL.
CHALOT.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT *Président ;*
GRYNFELTT *Professeur*
GAYRAUD, BLAISE } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Regrets éternels !

A MA BONNE MÈRE

Reçois ici une nouvelle preuve de mon affection !

A MON FRÈRE

CONSEILLER D'ARRONDISSEMENT DE SAINT-PONS

Je n'oublierai jamais que tu as été pour moi un second père !

ET A SA FAMILLE

A MA SŒUR ET A SA FAMILLE

A MA TANTE V^VE^ SALVAGNAC

A MES ONCLES ET TANTES

F. LOGNOS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE EXTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Je n'oublierai jamais l'amitié qui a présidé à nos bonnes relations et les leçons d'un Maître aussi distingué !

A MON MAITRE ET AMI

M. le professeur-agrégé GRANEL

A MON MAITRE ET AMI

M. le professeur-agrégé BAUMEL

A mon ami le Dr FORGUES

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A mon ami le Dr GERBAUD

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

F. LOGNOS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE CETTE

MM. DUMAS ET CATHALA

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A mes collègues d'internat VIGUIÉ, SCHEIDT

F LOGNOS.

A MES MEILLEURS AMIS

MM. les docteurs BOIXO, VILLARET, PELLOTIER
MARTY, TRINCHÉ, GAUCH, Jacques LAPEYRE
Gaspard ASTRIÉ, Gaston NAVAILH

Joseph BLACHAS et Jules PONS, pharmaciens

BOULOUYS et BÉDRINES, notaires

MARTINOZ, capitaine au 122e de Ligne

A MON EXCELLENT AMI

Jules CAYLA, artiste-peintre

MEIS ET AMICIS

F. LOGNOS.

PRÉLIMINAIRES

Pendant notre internat à l'hôpital de Cette, nous eûmes l'occasion de voir un cas de lymphangite du creux poplité, à la suite de l'inflammation de la bourse séreuse rétro-calcanenne droite. Nous observâmes avec attention ce cas intéressant, n'ayant cependant alors aucune intention bien arrêtée sur le sujet que nous traiterions dans notre Thèse inaugurale. Ayant eu la bonne fortune d'en observer plusieurs cas à l'hôpital St-Eloi, dans le service de M. le professeur Dubrueil, notre attention a été éveillée. Il nous a paru intéressant de réunir les idées et les écrits parus sur cette matière. Malgré le nombre de travaux que ce sujet a suscités, il y a toujours quelques points obscurs dans l'histoire de cette inflammation. Nous n'avons certes pas la prétention de les éclaircir ; nous chercherons cependant à établir sur des bases solides et des signes indélébiles, le diagnostic différentiel avec d'autres affections qui lui ressemblent et qui peuvent prêter à la confusion. C'est une étude clinique, en un mot, que nous allons essayer d'esquisser. Vouloir assigner à des formes cliniques

diverses un cadre nosologique déterminé est, à nos yeux, une tâche qui, pour être dignement remplie, demanderait la plume d'un clinicien consommé. Il est utile de diviser notre travail, de faire une classification, sous peine de répéter sans cesse les mêmes expressions, et de priver le sujet de la clarté qui lui est nécessaire.

Nous aurons ainsi plusieurs chapitres, que nous développerons dans l'ordre suivant :

I. Étiologie.
II. Anatomie pathologique.
III. Symptômes et diagnostic différentiel.
IV. Pronostic.
V. Traitement.
VI. Observations.
VII. Conclusions.

Nous serons invinciblement entraîné, dans le cours de cette dissertation, à toucher à des points de la plus haute anatomie ; mais nous mettrons à profit les travaux de nos Maîtres, à l'autorité desquels nous aurons plus d'une fois besoin de recourir.

Nous soumettons ce travail à l'appréciation de nos Juges, les priant de l'accueillir avec bienveillance.

LYMPHANGITE

et

ANTISEPSIE

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Inconnue avant 1825, la lymphangite a été étudiée de nos jours par Velpeau et Chassaignac. Tous les auteurs admettent des causes occasionnelles et prédisposantes. Les causes occasionnelles sont des lésions traumatiques des lymphatiques, l'introduction de matières irritantes et septiques dans ces vaisseaux. Les causes les plus diverses jouent un rôle dans la production de la lymphangite. On peut les ranger sous les quatre chefs suivants : le malade, la blessure, le milieu et les maladies antérieures.

1° *Le malade.* — Le jeune âge, le sexe féminin et le tempérament lymphatique, ont été considérés comme une prédisposition à cette affection. Mais les assertions émises sur

ce sujet reposent moins sur l'observation que sur des idées préconçues. D'après Chassaignac, l'angioleucite est une maladie de l'âge adulte, qui se montre le plus souvent chez des individus fortement constitués. Nous sommes d'un avis tout-à-fait contraire, surtout quand elle est spontanée. D'après les recherches de Velpeau, de Jalaguier, elle peut affecter des formes très graves, surtout chez les alcooliques. Les observations citées par ce dernier auteur sont toutes concluantes. Il est bien rare que la lymphangite devienne gangréneuse chez ceux dont l'état général est bon.

La scrofule, le diabète, la tuberculose, favorisent le développement de cette maladie ; en un mot toute cause pouvant débiliter l'organisme est une chance de plus pour la production de la lymphangite. Le garçon qui fait le sujet de notre première observation se masturbait plusieurs fois par jour. Les traits étaient tirés, les yeux cerclés de noir, la face bouffie.

2° *Blessure.* — Tous les traumatismes exposés sont susceptibles de donner naissance à la lymphangite ; toutefois la nature de l'agent vulnérant doit être mise en première ligne. Les instruments déjà souillés par des matières septiques peuvent porter dans les tissus des micro-organismes capables de produire l'inoculation. Pas un étudiant n'ignore la gravité des piqûres anatomiques ou du danger que l'on court lorsqu'on fait une autopsie avec une érosion aux doigts ou à la main. Chaque année, nous avons à déplorer la mort d'un camarade, victime de son zèle pour apprendre l'art de guérir. Nous avons souvent entendu M. le professeur Chalot dire qu'une autopsie ne devait jamais être faite sans avoir, au préalable, poussé une injection conservatrice.

La forme de la plaie, la région où elle siège, sont importantes à considérer. Elle est d'autant plus grave que

les lymphatiques abondent dans la région. Qui ne connaît, en effet, les angioleucites du creux poplité de l'aine causées par de petites ulcérations du pied ou des orteils ? Ce ne sont pas les plaies récentes qui en général engendrent l'inflammation ; ce qui revient à dire qu'il y aurait, dans la plupart des cas, inoculation d'un principe septique. N'est-ce pas, comme l'érysipèle, une affection microbienne dans la généralité des cas ? La confusion qui règne entre ces deux maladies, au point de vue de l'anatomie pathologique, permettrait de le penser.

Les causes internes sont beaucoup plus obscures. On voit quelquefois cette maladie se développer en l'absence de toute violence extérieure. On la qualifie alors de spontanée, c'est-à-dire qu'elle est due à une cause interne qui nous échappe. Certains auteurs soutiennent que les vaisseaux lymphatiques pourraient absorber en nature le sang épanché, le pus, l'urine, et s'enflammer ensuite par le contact de ces liquides épanchés.

3° Milieu. — Ce qui tend à nous affermir dans notre opinion, c'est que, dans des conditions assez mal déterminées, les lymphangites sont plus fréquentes qu'à l'ordinaire et coïncident parfois avec la septicémie et la pyohémie. Alors que les hôpitaux sont encombrés, elle est beaucoup plus fréquente. Il faut bien voir dans ces manifestations une maladie parasitaire. Dans les pays chauds, elle est très commune. Elle sévit de préférence dans la classe pauvre, où l'hygiène est très mal observée.

4° Affections antérieures. — Un travail pathologique quelconque peut se propager aux lymphatiques voisins. Lorsqu'un organe est affecté d'une dégénérescence cancéreuse ou tuberculeuse, une irritation chronique gagne les vaisseaux lymphatiques et les ganglions.

En somme, pour notre part, la lymphangite primitive est chose rare : elle admet pour cause, en général, un principe septique. De là découle le principe fondamental du traitement : l'antisepsie.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique varie suivant des formes qui peuvent se réduire à trois : exsudative, suppurative, gangréneuse.

Les altérations constatées à la suite de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques s'observent, tantôt dans le liquide qui les parcourt, tantôt sur leurs parois, mais le plus souvent sur l'un et l'autre simultanément.

1° *Lymphangite exsudative.* — Le premier effet de cette inflammation paraît être la coagulation du fluide en circulation dans les vaisseaux. Ce phénomène a été observé par Teissier, qui a démontré le premier l'analogie qui, à ce point de vue, existe entre l'angioleucite et la phlébite.

L'exsudat albumino-fibrineux qui se dépose à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques communique à la peau une coloration rosée par plaques, coloration qui indique une forte congestion du derme et son épaississement. Ce caillot lymphatique dont nous avons parlé plus haut peut être le siège de trois phénomènes différents. Dans le cas le plus simple, il diminue, disparaît peu à peu et le vaisseau redevient libre. D'autres fois

ses éléments séreux sont absorbés, ils se condensent en attirant sur lui les parois vasculaires qui lui adhèrent intimément, et l'oblitération, qui était d'abord accidentelle et temporaire, devient définitive. Enfin le caillot peut se ramollir du centre à la circonférence et se convertir en pus.

2° *Lymphangite suppurée.*— Ici, comme dans l'angioleucite exsudative, l'inflammation débute par les lymphatiques. Les parois vasculaires, épaissies, donnent la sensation de cordons durs, exactement comme dans la phlébite. Le liquide accumulé stagne dans les vaisseaux et leur donne une forme bosselée, tortueuse. La suppuration se trouve ainsi fragmentée; les caillots lui barrent le passage; elle ne peut pas facilement se déplacer. L'inflammation du vaisseau s'accompagne en certains points d'une périlymphangite; c'est le même mécanisme qui, dans certains cas, produit la périadénite.

3° *Lymphangite gangréneuse.* — Bien que l'on sût autrefois que la lymphangite pouvait arriver à la gangrène, on n'en connaissait pas bien l'anatomie pathologique.

Jalaguier a traité le sujet avec autorité. Le derme, d'après lui, est manifestement épaissi, sa consistance est augmentée; elle est comme parcheminée. La peau ainsi altérée repose sur un tissu cellulaire sous-jacent presque toujours sain. Peu après, les désordres s'accentuent davantage, l'épiderme se décolle et quelquefois de vastes phlyctènes laissent écouler une sérosité roussâtre peu abondante. Le derme qui borde les parties sphacélées n'a pas les mêmes caractères que ces dernières. Le pannicule adipeux est grisâtre, lorsque la gangène l'a intéressé; un peu plus tard, il se forme du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané. La maladie se transforme alors, et il n'est pas rare de trouver à cette période les mailles du tissu cellulaire remplies d'un exsudat blanc, brillant, disséminé en

blocs, séparés les uns des autres par des intervalles variables. Les ganglions sont volumineux, durs, rouges à la coupe et ne renferment pas de pus. L'inflammation ne dépasse pas les aponévroses. Après la mortification complète de la peau, l'aponévrose est saine, couverte de capillaires dilatés, qui lui donnent une teinte rougeâtre. Cependant, si la suppuration dure trop longtemps, les aponévroses peuvent être ulcérées. Il est rare que les parties sous-jacentes soient envahies par l'inflammation. Jalaguier cite un cas où les tendons du dos du pied ont été ulcérés.

CHAPITRE III

SYMPTOMES. — MARCHE. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les symptômes diffèrent selon que l'on envisage la lymphangite réticulaire et celle des troncs.

Lymphangite réticulaire. — Les symptômes sont locaux et généraux. Elle débute ordinairement par un changement de coloration dans la peau, qui devient d'un rouge plus ou moins vif. S'il existe une plaie, cette rougeur débute à cet endroit sous forme de lignes ou de bandes colorées pour se diriger généralement du côté des ganglions. Ces lignes se rapprochent, s'écartent, se croisent et forment un réseau à mailles plus ou moins larges, selon la disposition des vaisseaux de la région ; elles s'élargissent au niveau des anastomoses. Elles se rapprochent là où les vaisseaux sont en grand nombre et forment ainsi des plaques de dimensions différentes. Ces plaques ont tout à fait l'aspect d'érysipèles multiples, érysipèles mal circonscrits et réunis les uns aux autres par des filets enflammés à un degré moindre. Ordinairement une douleur vive se manifeste au niveau de chaque traînée, dès son apparation, peut-être même un peu avant, c'est-à-dire

que l'on pourrait annoncer à l'avance la production de ces traînées. En général, la violence de la douleur est en rapport avec le plus ou moins de coloration de la peau. Toutefois ce n'est pas une règle générale, et on ne peut pas ériger la la chose en principe.

Dans notre observation n° III, de lymphangite diffuse, la rougeur était très vive au début, remontant jusqu'au genou, et cependant le malade n'accusait pas une grande douleur. La pression même ne la réveillait pas. Ordinairement, le contact des vêtements, les mouvements imprimés au membre malade, exaspèrent la douleur. Une tuméfaction très légère accompagne les traînées rouges et donne au toucher la sensation d'un cordon plus ou moins grêle. Elle est inégalement développée, à peine sensible sur quelques points, plus manifeste au niveau des anastomoses.

La coagulation d'un épanchement liquide dans la gaîne des vaisseaux est cause de cette tuméfaction qui apparaît sur le trajet des vaisseaux sous forme de cylindre, sur les anastomoses sous forme de fuseaux. Pendant que ces phénomènes existent sur le trajet des vaisseaux, les ganglions correspondants s'engorgent et deviennent douloureux. C'est un des symptômes les plus constants de l'angioleucite. Quand l'affection est à sa période d'état, la fièvre tombe, la rougeur pâlit et en peu de jours la lymphangite s'est résolue sans autres complications. Bien que cette terminaison soit la plus fréquente, elle est susceptible de revenir par poussées et de s'endormir pour se réveiller de plus belle.

Lymphangite tronculaire. — Cette lymphangite peut admettre trois degrés, qui sont :

1° Lymphangite exsudative ou simple, se terminant par résolution ;

2° Lymphangite suppurative ;

3° Lymphangite gangréneuse, qui est de beaucoup la plus grave de toutes.

1° *Lymphangite exsudative.* — Elle résulte de la propagation d'une lymphangite réticulaire aux troncs correspondants. Quelquefois elle débute d'emblée, engendrée par une plaie. Une douleur vive siège au niveau de la blessure ; le malade accuse de la céphalalgie, la fièvre se déclare, les vomissements apparaissent. Le thermomètre marque 39° et 40°. Les réseaux qui entourent les plaques s'étendent vers la racine des membres. Ces réseaux se confondent quelquefois, entourés par un œdème inflammatoire assez marqué.

Les lymphatiques sont dans certains cas comparables à des ficelles tendues, gênant les mouvements. Richet cite un cas où il fut obligé de les sectionner pour remédier à la raideur des mouvements. Cette phlegmasie se termine habituellement par résolution ; au moment où l'on s'attend à voir les phénomènes empirer, tout se calme, tout rentre dans l'ordre.

2° *Lymphangite suppurative ou phlegmoneuse.* — Lorsque l'inflammation ne doit pas suivre une marche aussi heureuse, que la suppuration doit avoir lieu, la fièvre persiste, revenant par accès qui ne sont pas bien tranchés. Le malade est agité, délire ; la douleur est lancinante, les téguments prennent une coloration plus foncée ; ils peuvent devenir violets. L'état général reste mauvais, s'aggrave même ; la langue devient rouge sur les bords. Le pus est formé ; il coule dehors naturellement ; d'aspect roussâtre ; il est fourni d'abord par les foyers qui ont été les premiers à suppurer. L'évolution assez lente de tous ces foyers prolonge la durée de l'affection. Verneuil a signalé comme complication des arthrites suppurées. Nicaise a observé l'hygroma du genou.

3° *Symptômes de la lymphangite gangréneuse.* — Elle débute comme une lymphangite ordinaire ; quelques jours après, alors que rien ne paraissait avoir un caractère spécial, un nouvel élément apparaît : c'est la gangrène. Cette mortification peut rester limitée à la superficie ; mais elle peut aussi gagner en profondeur et attaquer les organes sous-jacents. La plus légère blessure peut être le point de départ des accidents ; la plaie est d'autant plus négligée qu'elle est moins sérieuse en apparence. Tout à coup elle devient douloureuse, s'entoure d'une zone rouge, qui prend bien vite un mauvais aspect, cet aspect que l'on voit rarement aujourd'hui, mais qui autrefois encombrait les hôpitaux : je veux parler des plaies qui devaient être le point de départ de la septicémie. La peau environnante prend diverses colorations : d'un rouge vif à certains endroits, elle est grise, fauve, à d'autres. Le même sujet peut réunir ces variétés de nuances ; mais on peut dire que c'est la teinte vineuse qui domine. Malgré sa teinte foncée, cette rougeur s'éteint sous la plus légère pression du doigt. Le gonflement peut exister, mais n'acquiert jamais les proportions qu'il a dans le phlegmon.

Un symptôme qui peut marquer l'apparition de la seconde période, c'est la formation de phlyctènes. Elles apparaissent en général quelques jours après le début de la maladie ; elles sont quelquefois annoncées par le gonflement de l'épiderme qui contient un liquide opalin. Ce symptôme manque souvent ; il n'a pas, du reste, une grande importance. La disposition des phlyctènes est différente suivant les cas : tantôt disséminées, elles se développent les unes à côté des autres ; tantôt réunies en une seule, elles cachent une surface qui était rouge la veille. Elles se forment avec une grande rapidité et peuvent prendre des proportions gigantesques. Jalaguier cite des cas où elles ont atteint quinze centimètres carrés. Elles forment une saillie au-dessus des téguments. Une grosse phlyctène

est souvent entourée d'une série de petites phlyctènes qui grandissent à mesure que la lymphangite envahit des régions nouvelles. Le liquide contenu dans leur intérieur est de couleur variable. A peine est-il écoulé, le derme apparaît altéré, mortifié, sur une surface moins large, très sensible à la pression. Quand la gangrène doit frapper le derme, il pâlit, devient grisâtre ou prend une teinte ecchymotique.

La mortification n'apparaît presque jamais aussi grande que l'exfoliation de l'épiderme ; la nécrose de ce dernier a lieu quelquefois sur un membre entier. On croirait se trouver en présence d'un immense vésicatoire. Le noir, brun ou feuille morte, domine comme couleur. La surface des eschares est lisse et donne au doigt qui l'explore la sensation d'une surface polie. L'eschare est régulière dans certains cas, irrégulière dans d'autres. Les symptômes généraux sont ici plus marqués que dans les autres formes ; la fièvre, le délire assez violent, peuvent ouvrir la scène. La céphalalgie, le malaise, apparaissent ; le thermomètre monte à 39° et 40°. L'appétit est nul, la langue est blanche et sale au début, rouge et desséchée un peu plus tard.

Lymphangite profonde. — Rare et mal connue ; les symptômes locaux existent, mais ne sont plus aussi tranchés que dans les lymphangites que nous venons de passer en revue. Le premier phénomène qui se manifeste est la douleur qui siége profondément, limitée à un point. En second lieu, apparaît la tuméfaction des ganglions lymphatiques profonds ; leur situation rend leur développement moins apparent. Néanmoins, grâce à leur volume plus considérable, on peut les reconnaître assez facilement. On trouve sur le trajet des gros vaisseaux des noyaux d'engorgement, tantôt circonscrits et tantôt diffus. La rougeur de la peau est moins intense. En admettant que les deux inflammations fussent réunies sur le

même membre, on pourrait reconnaître l'inflammation des vaisseaux profonds à la tuméfaction générale, celle des vaisseaux superficiels à la vive injection des téguments, à l'engorgement du réseau lymphatique superficiel. Les symptômes généraux acquièrent quelquefois ici une grande intensité ; après quelques heures de malaise, de lassitude, la fièvre s'allume, les frissons apparaissent ; l'insomnie, le délire manquent rarement.

Diagnostic différentiel. — Ainsi que le disait le professeur Verneuil à la Société de chirurgie, dans la séance du 12 juin 1872, « on voit des accidents que l'on diagnostique érysipèle un jour, et qui le lendemain sont une angioleucite, et réciproquement. » Deux grandes analogies rapprochent ces deux maladies. Blandin place le siège de cette dernière affection dans le réseau lymphatique superficiel de la peau, en sorte que l'érysipèle deviendrait une simple variété de lymphangite. Tout en admettant l'identité de ces deux états morbides au point de vue de leur pathogénie, de leur siège, il faut cependant remarquer certains points de divergence :

1° Dans l'érysipèle, la rougeur est uniforme, en plaques, non linéaire, ayant des bords bien limités à reliefs saillants ; c'est cette dernière particularité, ce bourrelet, qui le caractérise. Il est vrai de dire que ce bourrelet n'est pas toujours facilement appréciable et qu'il peut manquer quelquefois. Nous l'avons, dans certains cas, cherché avec beaucoup d'attention ; nous avons été obligé de conclure que les auteurs étaient trop catégoriques ;

2° Dans l'érysipèle, la rougeur se développe en s'irradiant autour d'un point central, et non sur le trajet d'une ligne ;

3° Il n'existe aucune tuméfaction cylindroïde ;

4° L'érysipèle se termine par desquamation et évolue plus vite que la lymphangite.

La phlébite pourrait prêter à la confusion. L'inflammation des veines et des lymphatiques succède à une plaie ou à un traumatisme quelconque, présentant pour caractère une rougeur superficielle, qui suit la même direction pour toutes deux dans toutes les régions. La douleur vive qui s'exaspère au toucher, la tuméfaction cylindroïde, voilà autant de signes que ces deux affections réclament chacune de leur côté. Les cordons pleins formés par les veines sont plus durs, plus volumineux que ceux des lymphatiques enflammés, et les ganglions ne sont pas intéressés. Dans l'angioleucite, les traînées linéaires vont se terminer aux ganglions superficiels qui sont engorgés, alors même qu'elles n'arrivent pas jusqu'à eux et que l'inflammation paraisse très modérée.

L'érythème noueux pourrait être confondu avec la lymphangite ; cependant l'absence d'adénite, la différence d'aspect des plaques, qui présentent une rougeur diffuse et non réticulaire, leur siège, leur forme régulière, saillante, mettent sur la voie du diagnostic. Du reste, le sujet est rhumatisant et sait avertir le médecin. L'érythème de la scarlatine n'occupe pas les mêmes régions que la lymphangite, et sa couleur rouge est plus uniforme ; il affecte principalement, en effet, la poitrine et le cou.

Le phlegmon superficiel présente une coloration aussi marquée que la lymphangite, mais le gonflement est plus considérable, plus uniforme.

Le phlegmon profond attaque d'emblée une plus vaste surface. Le siège de l'inflammation fait que les téguments conservent leur couleur normale. La douleur est plus grande, les mouvements plus limités.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

L'aphorisme chirurgical : « Toute plaie de téguments est une porte d'entrée à la mort », peut être appliqué à l'angioleucite. Ce n'est pas à dire pourtant que le pronostic doive toujours être fatal. Plusieurs raisons doivent entrer en ligne de compte : le malade, le milieu, la blessure, le genre de lymphangite. Le pronostic est donc subordonné à plusieurs circonstances qui peuvent marcher de pair ou agir séparément.

L'état général des sujets et les milieux dans lesquels ils vivent jouent un rôle important ; c'est une loi de pathologie générale qui trouve ici son application toute naturelle. N'est-il pas évident que, plus les malades seront débilités par les excès et les privations, plus ils porteront en eux les germes de diathèse, et plus le chirurgien devra se renfermer dans une sage réserve, s'il est appelé à porter un pronostic. Ne voit-on pas tous les jours, en effet, des suppurations interminables chez les tuberculeux, par exemple ? Ne voit-on pas, chez les enfants scrofuleux, une conjonctivite catarrhale dégénérer en conjonctivite purulente ? Tous les cas de lymphangite gangréneuse cités par Jalaguier, se rapportent à des alcooliques ; chez

presque tous, elle s'est terminée par la mort. Dans une thèse de Paris (1), l'auteur fait intervenir en outre le peu de chance de succès des opérations qui pourront être pratiquées sur des malades atteints de décrépitude physiologique. Nous sommes d'un avis contraire. On a remarqué que les opérations réussissent parfaitement chez ces malades ; les statistiques sont excellentes.

Le milieu dans lequel se trouve le patient, ses conditions d'existence, doivent être considérées à leur juste valeur ; la septicémie et la pyohémie sont d'un mauvais voisinage pour la lymphangite. Quand les pansements de Lister ou de A. Guérin n'étaient pas connus, on était obligé d'isoler les malades. Il semblerait qu'il y ait là une espèce d'attraction des deux micro-organismes l'un vers l'autre ; le terrain choisi par l'un paraitraît fort bien convenir à l'autre. Basé sur les formes de l'angioleucite le pronostic a une plus grande valeur.

Lymphangite réticulaire. — La lymphangite réticulaire est ordinairement d'un pronostic peu sérieux ; elle guérit, dans la majorité des cas, dans l'espace de quelques jours, sans laisser de traces. Elle peut se terminer par résolution ou par suppuration. Dans ce dernier cas, elle est plus grave et peut entraîner des formations d'abcès à distance ; la guérison est un peu plus longue.

Lymphangite tronculaire. — Elle entraîne une gravité plus grande ; les symptômes généraux sont plus alarmants. Il en est de même dans la lymphangite profonde. L'inflammation siégeant, en effet, plus profondément, sur des vaisseaux d'un calibre plus considérable, les conséquences doivent être plus sérieuses. Les engorgements ganglionnaires sont plus fré-

(1) Therre. Des complications articulaires dans la lymphangite. Paris, 1879.

quents ; les collections purulentes se forment avec plus de facilité. Elles peuvent engendrer une complication que Verneuil a signalée et qui peut entraîner la mort des malades, si un traitement énergique n'est pas institué : je veux parler des affections articulaires consécutives. Quelles réserves ne doit-on pas s'imposer en présence d'un malade exposé à cette redoutable terminaison de la maladie ! Peut-on citer des suppurations plus terribles, plus délabrantes, que celles des articulations? Evidemment non. Quelles précautions ne prend pas un chirurgien dans l'ouverture d'un article!

La suppuration des grandes articulations est pour le malade une source de dangers très grande ; il va de soi que, plus l'articulation siège près des grandes cavités splanchniques, plus le pronostic revêtira un caractère de gravité. Dans l'arthrite purulente, le pronostic sera excessivement grave. Peut-être même, si nous nous en référions aux seuls cas observés jusqu'à ce jour, devrions-nous regarder sa terminaison comme fatalement mortelle.

Lymphangite gangréneuse. — Elle est sans doute la plus meurtrière, la plus cruelle de toutes. La rapidité avec laquelle la gangrène apparaît, le prompt envahissement de larges surfaces, s'accompagnent de symptômes généraux très intenses ; si l'on n'intervient pas promptement et avec une extrême énergie, le malade est voué à une mort certaine. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre du traitement. « Lorsque, dit Jalaguier, les accidents revêtent le type de fièvres ataxo-adynamiques, lorsque la diarrhée devient fétide et la langue noire et grillée, il faut craindre une mort prochaine ; cette terminaison sera rendue plus probable encore si la lymphangite se transforme en phlegmon diffus, gangréneux. » Lorsque les plaques de gangrène sont petites, que la chute de la température accompagne la mortification, on

peut espérer une terminaison favorable. L'état général du sujet doit être interrogé avec soin ; l'arthritisme, l'alcoolisme, sont de mauvaises conditions. La maladie est fort grave par elle-même ; en admettant qu'elle doive arriver à la guérison, les dégâts qu'elle occasionne sont immenses, la réparation en est longue et pénible. Selon la région occupée par la gangrène, il en résultera, oui ou non, une impotence du membre ; une plaque localisée là où les tissus existent en abondance ne gênera pas les malades ; les résultats seront tout autres, si la peau de la face dorsale du pied ou du cou-de-pied a été détruite. En un mot, il faut tenir compte du siège du sphacèle, de son étendue, de la cicatrice qu'il détermine. Sur douze cas de lymphangite gangréneuse, Jalaguier cite six guérisons ; jamais la maladie n'a duré moins d'un mois, jamais plus de deux mois et demi dans les cas les plus graves.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Pour nous, la lymphangite est toujours septique ; il est fort rare qu'on ne puisse pas trouver la lésion cutanée porte d'entrée de l'agent infectieux ; les bactéries et les micrococcus pénètrent dans l'ouverture béante des capillaires lymphatiques. On assimile aujourd'hui la lymphangite à l'érysipèle, qui est une maladie infectieuse ; de là découle une indication thérapeutique importante, l'antisepsie. Examinons chaque genre de lymphangite en particulier, et cherchons à établir, par des règles précises, quel est le pansement qui doit mériter notre préférence.

Quel que soit le cas, la nature infectieuse de la maladie étant admise, la méthode antiseptique nous paraît tenir le premier rang.

Nous diviserons le traitement en deux parties : 1° traitement prophylactique ; 2° traitement curatif. Nous les modifierons suivant la nature de la lymphangite. Nous ferons ressortir la valeur du pansement ouaté de A. Guérin sur les autres médications, même dans les cas de lymphangite gangréneuse ; la plaie étant rendue aseptique, les environs étant eux-mêmes

désinfectés, il n'y a pas d'inconvénient à faire de l'occlusion. Nous terminerons par le traitement des complications, les complications articulaires.

A. *Traitement prophylactique.* — Il comprend toutes les précautions hygiéniques et chirurgicales qui peuvent, à la suite de traumatisme, diminuer les chances d'absorption des agents morbides. En règle générale, on doit, au moment de l'accident, par exemple, faire saigner la plaie le plus abondamment possible, afin de chasser les germes qui pourraient s'y être introduits. De bonnes précautions prises ainsi au début peuvent éviter de graves désordres et empêcher sûrement qu'il ne se forme des collections purulentes. Ce qui prouve la vérité de cette assertion, c'est que des complications fâcheuses sont bien rares dans les classes aisées de la société, où les conditions de bien-être et de toilette sont bien plus élevées. Si plusieurs de nos camarades sont souvent victimes d'inoculations, c'est qu'ils agissent imprudemment : ils se piquent pendant une autopsie et ne se lavent qu'après avoir terminé leur besogne. Ils devraient, connaissant tous les dangers de pareils accidents, les conjurer par une antisepsie précoce, je dirais même préventive. Les malades, en temps d'épidémie, devront être isolés : le chirurgien pourra ainsi, par son assiduité, sa surveillance, par l'emploi des méthodes antiseptiques dans les pansements, diminuer les complications meurtrières dont nous avons déjà parlé.

B. *Traitement curatif.* — 1° Lymphangite exsudative. — Lorsque le diagnostic a été posé, la première chose à faire est de placer la plaie origine ou le noyau primitif de lymphangite dans des conditions favorables pour enrayer l'absorption des matières septiques. Les pansements isolants, antiseptiques, les bains antiseptiques de Verneuil, le pansement

ouaté d'A. Guérin, les mouchetures au thermo-cautère, peuvent rendre de grands services ; les frictions à l'onguent mercuriel, les injections hypodermiques antiseptiques, peuvent aussi être employées dans le but seul de faire cesser la lymphangite et de l'empêcher de suppurer. N'avons-nous pas vu, en effet, M. le professeur Tédenat faire avorter des phlegmons encore à la période exsudative, les scarifiant d'abord, entourant ensuite par une couronne d'injections sous-cutanées d'acide phénique les parties enflammées? Nous croyons que ce même moyen donnerait de bons résultats dans la lymphangite circonscrite, alors que la lymphe n'a pas charrié encore avec elle, dans diverses directions, l'agent infectieux. Ce serait d'autant plus facile que la lymphe circule lentement.

Le traitement doit être en même temps général ; chez les personnes robustes, recourir à la saignée, aux éméto-cathartiques, aux boissons rafraîchissantes et aux purgatifs légers.

2° *Lymphangite suppurée.* — Lorsque, malgré les traitements précédents, la lymphangite suppure, on doit donner issue au pus dès qu'il s'est formé. Quand bien même la fluctuation ne soit pas très franche, on doit se hâter d'ouvrir ; une temporisation de quelques heures peut entraîner des conséquences terribles. Le voisinage d'une articulation, par exemple, doit forcer le chirurgien à agir au plus vite : on n'incise jamais trop tôt. Une fois la collection soigneusement vidée, on doit déterger le foyer par des lavages fortement antiseptiques ; ici, comme dans le cas précédent, on peut faire tout autour des injections hypodermiques. Il faut recourir au traitement tonique et reconstituant, vin de quinquina, viandes rôties. Après l'évacuation de la collection, on doit faire un bon pansement, qui doit rester en place le plus longtemps possible.

3° *Lymphangite gangréneuse.* — Dans les cas les plus simples, l'antisepsie bien dirigée peut donner des résultats favorables ; il faut cependant qu'il s'agisse d'une gangrène limitée. La plaie devra être soigneusement lavée avec des solutions antiseptiques fortes. Les incisions doivent être proscrites ; elles sont fort lentes à se cicatriser, et des plaques gangréneuses se développent à leur niveau ; les produits septiques s'y transforment incessamment. Verneuil dit à leur propos : « Un des grands reproches que je fais aux grandes incisions, c'est de donner lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang suffisante pour produire un vide relatif dans le système vasculaire ; le malade est affaibli et les vaisseaux ouverts et baignant dans les liquides septiques absorbent énergiquement, et le malade s'intoxique. » Cependant on doit agir rapidement et avec énergie, sans quoi le malade est voué à une mort certaine. Verneuil et Labbé préconisent le fer rouge ; dans plusieurs cas presque désespérés, ils ont eu l'un et l'autre des résultats qui sont faits pour convaincre de la puissance énorme de cet agent. Dans une observation de Labbé, les désordres locaux et l'état général étaient aussi graves que possible, la terminaison fatale semblait imminente ; deux applications énergiques de fer rouge ont réussi à enrayer presque instantanément la marche de tous les accidents. Cependant, pour faire ces applications, ces deux auteurs conseillent d'attendre la mortification ; si à ce moment la température reste élevée, que les phénomènes ataxo-adynamiques se déclarent, il faut agir au plus vite. Il n'est pas indifférent d'employer le fer rouge de telle ou telle manière ; Labbé éteint de gros cautères cultellaires, cherchant à carboniser l'eschare. La cautérisation doit être profonde ; il enfonce le cautère, le promenant plusieurs fois sur le même point. Ce chirurgien préfère ce genre de cautère au thermo-cautère ; il semblerait que les effets du calorique ne fussent pas absolu-

ment les mêmes dans les deux cas. L'énergie du traitement doit être proportionnée à la gravité de la situation ; et dans ce cas, il vaut mieux aller au-delà de ce qui était rigoureusement nécessaire, que de rester en deçà. Les désordres produits localement par l'action du fer rouge sont loin d'être aussi considérables qu'on serait tenté de le croire au premier abord. Les plaques mortifiées cessent de grandir ; les foyers toxiques ont disparu, les tissus voisins n'ont rien à craindre. La vitalité est réveillée dans les tissus que la gangrène menaçait d'envahir ; les produits septiques, au lieu d'être absorbés, sont éliminés. L'intoxication diminuant, les symptômes généraux s'amendent, la fièvre disparaît, la diarrhée cesse ; le malade revient à la santé. On peut dire, en dernier lieu, que le fer rouge a ramené à la vie des malades dont l'état était désespéré. La cautérisation une fois faite, les eschares s'éliminent, les plaies se réparent ; durant ce laps de temps, il faut panser les malades avec le plus grand soin. Après avoir rendu les milieux aseptiques par des solutions concentrées, le pansement rare peut trouver ici son application. Au début, il ne permettrait pas de surveiller d'assez près les phénomènes de mortification.

Complications articulaires. — Sans rappeler les détails du début de la lymphangite, nous supposerons l'affection déjà localisée sur une articulation quelconque. A l'état aigu, il est parfaitement possible d'empêcher la suppuration ; il est donc de la plus haute importance de surveiller les signes de l'inflammation de l'arthrite. L'immobilisation et la compression assez énergique doivent être combinées ; la première condition sera remplie par les appareils inamovibles ou amovo-inamovibles. Le pansement ouaté peut être employé avec succès.

Quand la suppuration est établie, il faut intervenir sans

retard ; alors que la fluctuation n'est pas très manifeste, une ponction exploratrice peut confirmer le diagnostic. Si la présence du pus est décelée, il faut faire de larges incisions, drainer et appliquer par-dessus un pansement antiseptique.

Le point important est de bien nettoyer la cavité de la séreuse, de déterger soigneusement tous les foyers purulents ; tous les cloaques qui peuvent exister étant rendus aseptiques, il n'y a rien à craindre de faire de l'occlusion permanente. Si la suppuration doit continuer, la douleur, la fièvre avertissent le chirurgien qui, dans ce cas seulement doit chercher à voir ce qui se passe par-dessus les amas de ouate qu'il a prodigués. L'ouverture des séreuses fait partie aujourd'hui de la chirurgie courante ; le péritoine, la cavité vaginale, sont incisés, il ne se produit pas la plus petite réaction. Quand tous ces moyens ont échoué, il reste comme branche de salut deux moyens héroïques : la résection et l'amputation. La première doit être tentée le plus souvent que faire se peut : toutes les fois que les extrémités osseuses et l'âge peu avancé du sujet le permettent. On réserve l'amputation pour les cas les plus graves.

Hydarthrose. —L'hydarthrose survenue dans ces conditions guérit assez facilement. Les vésicatoires volants, les badigeonnages à la teinture d'iode, l'immobilisation de l'article et la compression méthodique par le bandage ouaté, en ont facilement raison.

Hygroma. — Dans les cas d'hygroma, les mêmes indications se présentent en cas de suppuration : ouverture de collections purulentes, drainage, etc. Le traitement général peut se résumer en deux mots : permettre au sujet de faire face aux dépenses exagérées que subit son organisme. Il faudra lui donner une alimentation suffisante, et y joindre l'usage des

toniques (quinquina, fer), des stimulants (alcool). Si le malade est atteint d'une diathèse, on la combattra par les moyens appropriés.

DE L'ANTISEPSIE APPLIQUÉE A LA LYMPHANGITE

On peut formuler rapidement le but de la méthode antiseptique, qui est le corollaire de la méthode septicémique.

1° Détruire les germes de la putréfaction dans la plaie et autour de la plaie : action destructive, pansement destructif ou germinicide.

2° Transformer les produits de sécrétion de la plaie en milieux de culture inhabitables pour les germes ; en d'autres termes, rendre ces produits imputrescibles : action locale, pansement topique.

3° Empêcher mécaniquement ou physiquement l'accès des germes sur la plaie : action physique, pansement filtre.

Le pansement de Lister complet ou modifié, le pansement antiseptique ouvert, ou pansement simple, le bain antiseptique intermittent ou permanent, la pulvérisation continue, l'irrigation continue antiseptique, le pansement ouaté : tels sont les principaux procédés de la méthode antiseptique. Le chirurgien est obligé de faire un choix parmi une quantité innombrable d'antiseptiques : l'alcool pur, l'alcool camphré, l'acide phénique, l'acide borique, le sublimé corrosif, le chloral, l'iodoforme, l'acide salicylique, etc. Sans contredit, la collection est riche et on n'a que l'embarras du choix. Cependant, selon la région sur laquelle on opère, selon la nature de la maladie à traiter,

on doit employer tel ou tel agent antiseptique. Ainsi, pour ne citer que des exemples, l'acide borique est employé pour les lavages des yeux et de la vessie, l'acide phénique pour les opérations sur les membres; le sublimé dans les opérations de l'abdomen. Ce n'est pas là une règle générale, et je ne tiens pas à la faire accepter comme telle. Sans nous écarter de la question, nous allons décrire le pansement ouaté d'A. Guérin, les résultats merveilleux qu'il fournit en général, et ceux qu'il peut donner dans les cas particuliers.

Pansement ouaté d'A. Guérin. — Son mode d'emploi. Ses bienfaits. — Après l'avoir décrit, nous examinerons sa théorie, ses variétés d'applications ; nous étudierons la marche de la cicatrisation d'une plaie sous le pansement ouaté. Nous en ferons ressortir les bienfaits : 1° la compression ; 2° l'immobilité et la rareté du pansement ; 3° la température constante. Nous passerons en revue les critiques qui lui sont adressées ; nous conclurons, j'espère, à leur peu de valeur.

Description du pansement. — Le chirurgien doit avoir sous la main : 1° des paquets d'ouate blanche ordinaire qui ne doit être dépliée qu'au moment même où l'on a à s'en servir ; 2° des bandes de toile neuve.

Après avoir fait une hémostase complète s'il s'agit d'une amputation, après avoir soigneusement désinfecté la plaie, on applique immédiatement des couches d'ouate, variant dans la quantité, selon du reste la partie à panser. Dans le principe, A. Guérin ne cherchait pas la réunion immédiate ; il bourrait la plaie de bourrelets de coton. Ce mode de réunion étant cher ché aujourd'hui toutes les fois qu'on le peut, cette application d'ouate entre les bords de la plaie est laissée de côté. On ne doit pas marchander la quantité à employer ; c'est elle qui rend le pansement efficace. Suivant les cas, on peut l'évaluer

de 500 à 2.000 grammes. Après l'avoir soigneusement modelée sur le membre à envelopper, on jette des tours de bandes modérément serrés destinés à la fixer ; ils sont comme la charpente du bandage. D'autres plus serrés tassent graduellement la ouate sans l'entraîner : on peut dire que les derniers tours de bandes doivent être roulés avec le plus d'art possible, si on ne veut pas voir le pansement se défaire dans quelques jours. Une fois terminé, on doit pouvoir frapper sur lui sans que le blessé en ressente aucun mal ; c'est là une des mesures données par Guérin. Après quelques heures d'un sentiment de chaleur quelquefois assez intense, le blessé éprouve un calme auquel il ne s'attendait pas ; ce calme se maintient pendant les jours suivants. D'après A. Guérin, le pansement doit rester en place au moins pendant vingt jours ; on ne doit l'enlever que le jour où il prend de l'odeur, où il est traversé par les liquides de la plaie.

Théorie. — Le pansement de Guérin est à la fois topique et filtrant. En 1870, pendant le siège de Paris, les amputés surtout étaient, dans les hôpitaux et les ambulances, voués à une mort presque certaine et emportés par la pyohémie. C'est dans ces conditions, alors que rien ne réussissait, que Guérin entreprit de mettre en pratique les conclusions de sa doctrine miasmatique de l'infection purulente ; il la formula en deux mots : « On aura chance d'échapper à l'infection purulente toutes les fois qu'on ne laissera pas une plaie au contact de l'air. » Profitant des recherches de Pasteur, qui réussissait à protéger les liquides de culture contre les ferments atmosphériques en bouchant le col de ses éprouvettes avec des bouchons de ouate, Guérin eut l'idée d'envelopper les plaies de la même manière. Les gaz atmosphériques arrivent sur la surface traumatique, privés de leurs miasmes infectants. C'est donc le filtrage de l'air qui est la partie fondamentale du pansement ;

on comprend donc que, plus la quantité de ouate employée sera grande, plus on aura de chances pour que les germes infectieux flottant dans l'atmosphère soient retenus en route.

Les résultats obtenus sont excellents.

Variétés d'application. — Nous n'entrerons pas dans tous les détails que comporte une pareille description. Néanmoins, nous essayerons de prouver que ce mode de traitement peut être très utile dans la lymphangite.

Le pansement ouaté n'est pas seulement applicable aux plaies d'amputation : il rend aussi les meilleurs services dans les cas de plaies accidentelles, de plaies opératoires, etc. L'expérience a, d'ailleurs, démontré que le pansement ouaté tel qu'il a été institué par son inventeur, suffit à tous les cas ; il rend tous les jours des services incontestables. Pour ne citer qu'un exemple : l'ablation des corps étrangers articulaires se fait ainsi sans la moindre complication. C'est une opération très grave qui réussissait rarement à une époque relativement peu éloignée.

Bien qu'il ne soit recommandé encore par aucun chirurgien, nous croyons qu'il peut être très utile dans la lymphangite. Dans l'érysipèle, il a donné d'excellents résultats ; il doit en faire autant vis-à-vis de l'angioleucite. Sous le pansement ouaté, l'érysipèle n'existe jamais. A. Guérin ne craint même pas de donner la démonstration expérimentale de ce fait, en plaçant volontairement des blessés pansés suivant sa méthode à côté de malades atteints d'érysipèle.

Dans la lymphangite exsudative, par exemple, la plaie origine étant soigneusement lavée, l'antisepsie bien faite, le pansement ouaté doit donner de bons résultats.

Dans la lymphangite suppurée, son application doit être très-favorable. La collection incisée et lavée, on se trouve en présence d'une plaie qui ne diffère pas des autres. Après

avoir passé les drains nécessaires pour le facile écoulement des liquides, on fera le pansement à la manière ordinaire, en enveloppant le membre depuis son extrémité inférieure.

Inutile de dire que dans l'arthrite suppurée il est d'une efficacité incontestable. Tous les traités de pathologie externe le recommandent en première ligne.

Nous croyons même qu'il est applicable dans la lymphangite gangréneuse, pourvu que le chirurgien soit appelé au début. En effet, les eschares une fois torréfiées au fer rouge, le membre ayant été lardé de fer dans toutes les directions, des injections sous-cutanées antiseptiques ayant dépassé les limites du mal, on doit pouvoir appliquer le pansement ouaté. Si la température baisse, si l'état général du malade s'améliore, il n'y a pas à toucher au pansement ; si les phénomènes généraux s'aggravent, il est indiqué de l'enlever. Nous voulons parler de la lymphangite gangréneuse traitée à son début. Si les désordres sont grands, que le sphacèle occupe une grande surface, ce pansement est mauvais ; il empêche de surveiller quotidiennement la plaie, chose absolument indispensable.

La manière dont il agit est éminemment favorable, croyons-nous, à la guérison de l'angioleucite.

1° *Compression.* — Aucun appareil ne la réalise avec une régularité aussi continue et avec une élasticité aussi douce et aussi indolente. Gosselin pense que les liquides épanchés à la surface de la plaie sont plus facilement résorbés, que les produits de la suppuration ne sont plus aptes à la décomposition putride délétère, quand bien même les ferments y parviennent. De tout temps, la compression a été conseillée dans la lymphangite par des maîtres éminents : Velpeau, Gosselin, Dolbeau. Première raison pour employer le pansement ouaté.

2° *Immobilité et rareté du pansement.* — Ce sont deux conditions *sine qua non* de la guérison rapide et certaine des plaies de toute nature. La membrane granuleuse est ainsi mise à l'abri de tout traumatisme secondaire ; restant intacte, elle est pour le produit septique une barrière infranchissable ; c'est elle qui fait tout pour la guérison, malgré la présence dans le pus de principes septiques. L'expérience journalière nous le prouve entièrement. Que l'on vienne, en effet, en renouvelant le pansement, à déchirer cette membrane granuleuse, la fièvre éclatera le soir même ; il y aura inoculation sur place. Le pansement ouaté remplit au plus haut point cette indication ; d'après A. Guérin, il doit rester en place vingt-cinq et même trente jours.

3° *Température constante.* — Grâce à lui, la plaie se trouve toujours à la même température et n'est pas ainsi désagréablement impressionnée par les changements qui se produisent dans l'atmosphère. De plus, l'ouate jouit de la propriété de concentrer le pus à tel point que la fermentation y devient impossible. Elle n'a pas lieu, en effet, dans les sirops épais. Il est avéré aujourd'hui, d'après les expériences de Poncet, que cette règle ne peut pas être généralisée, car le pus sécrété sous la ouate est septique. Pour notre part, nous croyons que le ferment ne doit arriver sur la plaie que lorsque la membrane granuleuse qui la protège est organisée. Ainsi donc, plus la quantité de ouate sera grande, plus le passage à travers elle sera lent et difficile.

En résumé, nous croyons que le pansement ouaté est à la fois antiseptique, topique et filtrant. — Ces trois qualités nous le font admettre dans le traitement de la lymphangite. Pour plus de sûreté, au cas où les ferments arrivent sur la plaie, la membrane granuleuse ne serait pas encore organisée et permettrait l'inoculation, nous estimons que la surface en ques-

tion se trouvera très bien d'être préalablement saupoudrée d'iodoforme. Si je puis m'exprimer ainsi, le pansement sera doublement antiseptique.

Critiques adressées au pansement de Guérin. — On a dit qu'il ne permettait pas de surveiller la plaie. C'est une critique qui tombe devant les faits et qui n'est plus soutenable. En effet, l'absence de douleur, de fièvre, la gaîté et l'appétit du blessé sont là pour rassurer le chirurgien.

On lui a reproché de favoriser les fusées purulentes. La compression méthodique qu'il exerce sur les tissus prévient cette complication même dans les cas d'ouverture d'articulation, de gaînes synoviales ou tendineuses. Comme nous venons de le dire au paragraphe précédent, une plaie qui ne cause ni fièvre ni douleur se trouve très-bien dans le milieu qu'elle habite ; inutile donc de la déranger et de la faire changer d'habitude.

Il permet, a-t-on dit, des hémorrhagies abondantes sans que l'éveil en soit donné ; il faut qu'il s'échappe une grande quantité de sang pour que les pièces extérieures soient salies ; la couche énorme de coton l'explique assez bien. Nous répondrons d'abord à cette objection que, en principe, le pansement ouaté ne doit être appliqué qu'après une hémostase parfaite et sûre. En admettant qu'il arrive un accident à cette hémostase, qu'il se produise une hémorrhagie, une douleur très vive est accusée par le malade ; cri d'alarme fort important pour le chirurgien.

La mortification des lambeaux peut avoir lieu sans que le chirurgien s'en aperçoive.

Chaque fois que cette mortification a lieu, c'est la forme de ces mêmes lambeaux qui en est cause. Ainsi l'insuccès dépend souvent de la main qui l'applique plutôt que de l'appareil lui-même.

Conclusion.— La valeur thérapeutique du procédé est incontestablement démontrée, on peut résumer ainsi les qualités de cet appareil bien confectionné : guérison sûre, douleur nulle.

Nous croyons, bien que nous ne l'ayons vu appliquer que trois fois dans les observations que nous relatons, qu'il peut rendre des services inappréciables. Sans doute, la lymphangite simple guérit souvent sans prendre de telles précautions. Mais qui nous dit et nous assure que des inflammations simples qui se sont transformées en lymphangites gangréneuses n'auraient pas été arrêtées dans leur évolution sous un pansement ouaté ?

Lorsque, en effet, l'état général est mauvais et que la cause la plus banale suffit pour déterminer des accidents, pourquoi ne pas avoir toujours en vue la lésion la plus sérieuse ? On ne se plaint jamais de trop de prudence.

Nous terminerons en répétant que, dans la lymphangite gangréneuse, c'est l'étendue du sphacèle qui doit guider le chirurgien. S'il est de peu d'importance, pansement ouaté après désinfection complète ; s'il occupe de larges surfaces, nous le condamnons.

CHAPITRE

Première Observation

(Personnelle)

Inflammation de la bourse séreuse rétro-calcanéenne droite. — Lymphangite consécutive du creux poplité. — Incision, drainage, antisepsie, pansement ouaté d'A. Guérin. — Guérison.

Le 17 avril 1885, le nommé A. O.., âgé de 16 ans, ouvrier typographe, entre à l'hôpital de Cette. Il accuse une douleur très vive au niveau du creux poplité, du côté droit. La peau est très rouge, tendue, très douloureuse à la pression. Empâtement généralisé à tout le creux poplité ; on sent des nodosités disséminées. Le malade attribue la formation de cette tumeur à un pantalon de zouave, trop serré au genou, pantalon qu'il a porté quelques jours avant. Ne tenant aucun compte de son histoire, nous examinons attentivement tout le membre inférieur. Il est noir de saleté; il existe au niveau de la bourse séreuse rétro-calcanéenne droite une tuméfaction assez prononcée ; en arrière, sur le trajet du tendon d'Achille, une perte de substance de la dimension d'une pièce de cinquante centimes en argent. C'est à elle qu'on attribue la cause de la lésion. La tuméfaction n'est pas très considérable. La peau est douloureuse à la pression. On sent sur le trajet des

lymphatiques de petites lignes ressemblant à des cordons assez durs. La fluctuation au niveau du creux poplité n'est pas bien manifeste ; cependant, connaissant tous les dangers de la temporisation, surtout dans une région comme celle-là, où le pus fuserait sûrement dans l'articulation, on incise immédiatement. Deux cuillerées à bouche de pus sanguinolent sont évacuées. Lavages avec une solution phéniquée forte; on place un drain.

On fait tout autour du foyer des injections hypodermiques avec une solution phéniquée au 2 pour cent. On saupoudre la plaie avec de l'iodoforme, et on applique un pansement ouaté d'A. Guérin, entourant tout le membre.

Le 18. — Le malade a dormi pendant toute la nuit ; depuis trois jours, chose pareille ne lui était arrivée. La douleur n'existe plus. Trente grammes de sulfate de soude à prendre demain matin en deux fois, à demi-heure d'intervalle.

Les jours suivants, le mieux continue et le malade est apyrétique.

Le 2 mai, on enlève le pansement. Pas une goutte de pus. Le creux poplité a repris sa souplesse normale.

Nous attribuons ici le succès à l'antisepsie énergique qui a été pratiquée intus et extra. La détersion du foyer par des lavages abondants l'a rendu aseptique; les injections sous-cutanées ont achevé l'œuvre, de concours avec le pansement de A. Guérin. Pour compléter l'antisepsie locale, on a couvert la plaie et les environs de poudre d'iodoforme ; nous croyons que c'est une excellente précaution à prendre avant d'appliquer le pansement ouaté. Ce dernier n'est d'ailleurs utile que tout autant que l'asepsie a été complète ; elle doit être faite avec le plus grand soin, car il est plus difficile de détruire des germes infectants, existant déjà sur une plaie, que de les empêcher d'y arriver.

Nous avons oublié de dire dans le courant de l'observation,

que la plaie siégeant au niveau du tendon d'Achille avait été désinfectée par l'acide phénique au 5 pour cent, et saupoudrée d'iodoforme.

Observation II

(Personnelle)

Plaie contuse du cuir chevelu. — Lymphangite consécutive. — Antisepsie. Pansement ouaté de A. Guérin. — Guérison.

Le 2 mai 1885, entre à l'hôpital de Cette la nommée Martin Rosalie, âgée de 17 ans, couturière. Elle s'est laissée tomber du haut d'une table et est allée butter la tête la première contre l'angle saillant d'un pied de lit. Au moment de l'accident, la malade a perdu assez de sang ; il y a 3 jours de cela. Aujourd'hui, voici ce que nous constatons : la plaie, à peu près linéaire, siège sur la partie supérieure du pariétal gauche et mesure 5 centimètres ; les bords sont nets, ne sont pas mâchés, ce qui s'explique très bien par la vive saillie de l'angle qui a fait couteau.

Au-dessus de la lèvre supérieure, existe une série de nodosités égales à des haricots, qui sont incisées et laissent écouler du pus ; une douleur vive existe à ce niveau. On aperçoit une légère tuméfaction ; le trajet des lymphatiques se suit assez bien. On voit des plaques d'une rougeur uniforme. L'un des bords de la plaie est un peu soulevé ; le doigt introduit par dessous permet de constater que le péricrâne est intact. Après

avoir coupé ras les cheveux tout autour de la plaie, M. Dumas lave soigneusement à l'eau phéniquée tous les environs. Injections hypodermiques d'eau phéniquée au 2 p. 100. Poudre d'iodoforme. Pansement ouaté de Guérin.

Le 3 et les jours suivants, la malade ne souffre plus. La fièvre est nulle, l'appétit est bon. Purgatif salin.

Le 20, on renouvelle le pansement. Presque pas de pus ; la plaie, qui n'est pas encore complétement cicatrisée, a bon aspect. Les bords sont recollés.

Après asepsie, le pansement ouaté a donné ici un excellent résultat. Nous sommes persuadé que c'est grâce à lui et aux injections sous-cutanées que la lymphangite n'a pas suivi son cours.

Observation III

(Personnelle)

Lymphangite mammaire. — Drainage. — Guérison.

Salle Sainte-Philomène, lit, n° 2, service de M. le professeur Dumas, le 14 janvier 1886, est entrée la nommée Jeanne Garcher, femme giletière, née à Béziers, domiciliée à Montpellier, faible de constitution, de tempérament lymphatique.

Le père est mort à l'âge de 50 ans, d'une maladie de cœur. Deux sœurs qui se portent bien. Elle-même a une santé faible, éprouve souvent des malaises ; rougeole à l'âge de 6 ans ; réglée à 17. Cette première fois, les menstrues durèrent huit jours ; on la soumit à un traitement reconstituant, fer, quinquina, toniques de tous genres. Elle a eu un seul accouche-

ment, il y a huit mois. La malade nous raconte que, vers le premier janvier 1886, elle a commencé à ressentir des élancements siégeant dans le sein droit, consécutifs à quatre furoncles qui ont percé sous l'influence de cataplasmes. C'est à partir de ce jour qu'elle a ressenti de nouveaux élancements qui sont devenus plus vifs et plus nombreux. A son entrée à l'hôpital, friction avec pommade à l'iodure de plomb ; cataplasmes. Etat général satisfaisant. Envies fréquentes d'uriner depuis l'accouchement. Leucorrhée. Nodosités dans le sein droit. Le lait a été de couleur jaunâtre pendant quelques jours, ce qui ferait croire à une suppuration intra-glandulaire. Les jours suivants, les élancements sont peut-être un peu moins vifs, mais le sein ne diminue pas de volume.

19. — Fluctuation apparente ; peau très rouge ; ganglions axillaires engorgés.

20. — Elancements plus forts ; augmentation de volume. Fluctuation très manifeste ; une incision donne issue à une grande quantité de pus. Drain à demeure ; injection antiseptique.

21. — Douleurs moins vives. Lavage antiseptique. Cataplasmes.

22. — Moins de suppuration ; lambeaux de tissu cellulaire mortifié. On enlève le drain. Cataplasmes.

Le mieux continue tous les jours. — Exeat le 20.

Nous tenons à faire remarquer que l'agent infectieux a dû pénétrer par les ouvertures qu'ont laissées les furoncles. Le cas ne fait pas exception à la règle ; le germe infectant a été cause de la lymphangite.

Observation IV

(Personnelle)

Tumeur érectile du front. — Ligature multiple. — Lymphangite suppurée du cuir chevelu.— Incision.— Antisepsie. — Pansement ouaté. — Guérison.

Marguerite R..., âgée de sept mois, porte au milieu du front une tumeur érectile de la grosseur d'une petite noisette.

Au mois de février 1886, à l'hôpital St-Éloi, M. Dubrueil l'étrangla à sa base par une ligature multiple. Les parents emportèrent chez eux la petite malade, l'opération à peine faite. Un de nos bons amis ayant été appelé à la soigner en ville pour une lymphangite consécutive, nous avons pu nous rendre compte une fois de plus combien la méthode antiseptique peut rendre de services dans cette maladie. Voici à peu près l'histoire de notre petite malade.

Quelques jours après la ligature, la tumeur se sphacéla en grande partie et laissa à nu une perte de substance égale à une pièce de cinquante centimes en argent.

Les règles de la propreté la plus banale ne furent pas observées, et, plusieurs jours après, le cuir chevelu était parsemé de petites grosseurs égales à des haricots ; on aurait dit qu'il était bourré de noisettes. Ces petites tumeurs étaient molles, laissant percevoir la fluctuation ; elles étaient réunies les unes aux autres par des cordons durs, nettement perceptibles à la palpation. Percées au moyen d'une lancette, elles laissèrent écouler du pus bien lié. La moindre pression arrachait des cris à la petite malade ; la fièvre était intense.

Les plaies sont lavées à l'eau sublimée et tout autour de la partie envahie on injecte sous la peau quelques gouttes du

même liquide. Poudre d'iodoforme, pansement ouaté, quinze grammes de sirop de chicorée à prendre dans la journée.

La petite malade, qui jusque-là avait été fort inquiète, annonce le soulagement qu'elle éprouve par un sommeil longtemps prolongé. Depuis lors tout s'est passé pour le mieux. Le pansement est laissé plusieurs jours en place ; quand il a été enlevé, toutes les plaies étaient cicatrisées. La guérison était complète.

CONCLUSIONS

1° La lymphangite est une maladie causée par un agent infectieux, un vibrion septique. Elle est sœur de l'érysipèle.

2° En général bénigne, elle peut affecter des formes très graves : lymphangite gangréneuse. Elle n'est pas exempte de complications : arthrite suppurée, hygroma.

3° L'antisepsie doit présider à son traitement. Les lavages abondants ayant permis de rendre la plaie aseptique, le pansement ouaté d'A. Guérin nous paraît préférable à tous les autres. Il réunit quatre avantages : antisepsie, compression, température constante, immobilisation.

Dans le traitement de la lymphangite, avant d'appliquer les couches de ouate, on peut saupoudrer la partie malade avec de l'iodoforme.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 24 juillet 1886.
Pour le Recteur de l'Académie, en congé,
le Doyen de la Faculté de droit délégué,
VIGIE.

Vu et approuvé
Montpellier, le 24 juillet 1886
Le Doyen,
CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !